

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

311

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 26 juillet 1892, à 1 heure

Par FRÉDÉRIC PRAT

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

LA PLEURÉSIE PURULENTE

CHEZ LES TUBERCULEUX

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

*Juges : MM. { PROUST, professeur.
LETULLE, VILLEJEAN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1892

THÈSE

N^o

311

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 26 juillet 1892, à 1 heure

Par FRÉDÉRIC PRAT

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

LA PLEURÉSIE PURULENTE

CHEZ LES TUBERCULEUX

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

*Juges : MM. { PROUST, professeur.
LETULLE, VILLEJEAN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TILLAUX.
Pharmacologie.	N.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale	POTAIN
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfant	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEYS	POIRIER, chef	RICARD
BRISAUD	HANOT	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DÉJERINE	MARIE	RETERER	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Chevalier de la Légion d'honneur
Médecin de l'hôpital Necker

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554021_0038

QUELQUES CONSIDÉRATIONS
SUR
LA PLEURÉSIE PURULENTE
Chez les Tuberculeux

La pleurésie purulente est un des sujets les plus discutés de ce temps. Après les livres, les traités, les thèses, les travaux de toute sorte qui lui ont été consacrés, il semble que tout soit dit, et que l'empyème représente ce qu'on appelle une question faite. Il n'en est rien cependant, et la preuve, c'est qu'il n'est personne qui, en présence d'un cas diagnostiqué avec précision, ne se soit senti embarrassé et n'ait hésité sur la conduite à tenir.

Nous n'avons certes pas la prétention de combler toutes les lacunes ; mais nous pensons que les faits seuls, accumulés en grand nombre, peuvent éclairer le débat, et toute notre ambition se borne à ajouter quelques documents à ceux que l'on possède déjà.

Qu'il nous soit permis, avant d'entrer en matière, de remercier M. le Professeur Dieulafoy de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse et d'offrir à notre excellent ami le Dr Chantemesse l'expression de notre gratitude pour la bonne amitié qu'il n'a cessé de nous témoigner.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'EMPYÈME TUBERCULEUX

L'étude de la pleurésie purulente chez les tuberculeux montre que toutes les variétés possibles d'empyème peuvent se rencontrer chez eux, et que sans être extrêmement fréquent, l'empyème est infiniment moins rare dans la tuberculose que les anciens auteurs ne l'admettaient.

Pour Aran et Siredey, la tuberculose ne représente qu'une cause peu active de l'empyème. Attimont, dans une thèse consacrée à l'étude du traitement de l'empyème par la thoracentèse, a trouvé neuf fois sur vingt-neuf cas des pleurésies purulentes chez des tuberculeux. Leudet, dans ses *Études médicales*, n'a trouvé que neuf empyèmes sur cent cas de pleurésie chez des tuberculeux. M. Sée, sans donner de chiffres, considère l'empyème comme une complication rare de la phthisie. M. Lancereaux dans son *Traité d'anatomie pathologique* mentionne accessoirement les cavernes comme une lésion pouvant accompagner l'empyème, mais il n'insiste pas. En somme, il est bien difficile de se faire une idée exacte de la fréquence de l'empyème du cours de la tuberculose, mais on a le droit de le considérer comme un phénomène relativement assez commun.

Les causes immédiates semblent assez variables. Chez certains malades, c'est une tuberculose costale qui en a été le point de départ. Chez d'autres, c'est une tuberculose ganglionnaire, exceptionnellement c'est un abcès froid ouvert dans la plèvre, et provenant lui-même d'une tuberculose vertébrale. Mais, dans la très grande majorité des cas, il existe des lésions pulmonaires, presque toujours au stade cavitairé, et c'est à ces lésions que l'on peut rapporter à bon droit l'existence de l'épanchement pleural. Quant à l'abcès froid *primitif* de la plèvre, nous n'en connaissons pas d'exemple probant. Et les cas où l'empyème a paru précéder l'éclosion des tubercules pulmonaires ne sont probablement que des erreurs de diagnostic, la tuberculose du poumon aurait été méconnue. Nous avons cependant le souvenir personnel d'un cas dans lequel, après une pleurésie purulente ayant duré plusieurs mois, l'autopsie montra des lésions tuberculeuses peu avancées des poumons, et prédominantes du côté opposé à l'épanchement. S'agissait-il dans ce cas d'un empyème tuberculeux ? Bien que l'examen bactériologique de liquide n'ait pas été fait nous pensons qu'il s'agissait d'un empyème vulgaire, et on peut raisonnablement admettre une infection par contagion chez un sujet hospitalisé depuis longtemps. D'ailleurs la plèvre n'offrait nullement les caractères si bien décrits par MM. Kelsch et Kiener.

Le pyo-pneumothorax peut jusqu'à un certain point être considéré comme une cause de pleurésie purulente : en effet, lorsque la fistule pleuro-pulmonaire est oblitérée, on finit par se trouver en présence d'un véritable empyème.

justiciable des procédés habituels de traitement, et susceptibles de se terminer comme les autres.

La forme anatomique de l'empyème est variable. Toutes les variétés peuvent se rencontrer, depuis le vaste épanchement occupant toute la cavité jusqu'aux collections limitées constituant de véritables kystes. Le plus souvent, la formation des adhérences cloisonnantes précède l'apparition du pus ; en ce cas il s'agit de pleurésies primitivement séreuses, dans lesquelles la purulence du liquide paraît être le résultat d'une transformation ; mais on peut aussi avoir affaire à des pleurésies inter-lobaires, diaphragmatiques, du sommet, qui représentent de véritables abcès froids ; c'est une forme de l'abcès froid pleural de Kelsche et Kiener.

La disposition des cloisons est intéressante. Tantôt la surface du poumon est recouverte d'une sorte de réseau de cloisons circonscrivant des espaces irrégulièrement polygonaux ; c'est la pleurésie aréolaire de Moutard Martin. Tantôt la plèvre est parcourue par des cloisonnements verticaux, de telle sorte que deux cavités kystiques peuvent être séparées par un espace dans lequel le poumon sain est en contact avec la paroi (Jaccoud) ; tantôt les cloisons sont placées de façon à intercepter une sorte de cornet à sommet supérieur. Dans d'autres cas ce sont deux poches en apparence isolées, situées même à une certaine distance l'une de l'autre et communiquant cependant par un pertuis plus ou moins étroit, ou par une fistule qui est quelquefois le résultat d'une ancienne ponction (Blanquinque).

La résistance des cloisons est parfois considérable, par-

fois au contraire presque nulle ; dans le premier cas l'épanchement peut rester comme suspendu au milieu du thorax (Jaccoud), dans le second un mouvement du malade, un effort de toux, ou même simplement le poids du liquide, déterminent la rupture du cloisonnement et l'irruption du liquide dans la grande cavité.

Ces pleurésies cloisonnées sont fréquentes dans la tuberculose ; Leudet en a trouvé 54 sur 100 cas de tuberculose pleurale ; mais, malgré l'opinion longtemps acceptée que les pleurésies partielles sont le plus souvent purulentes, il n'a constaté la purulence que 5 fois.

Quant aux pleurésies de la grande cavité, on peut, comme nous l'avons dit, les observer dans la tuberculose : la statistique de Leudet semble indiquer une fréquence de la purulence supérieure à celle des pleurésies partielles : 4 cas sur 22.

Au point de vue bactériologique, les matériaux sont moins nombreux que l'on ne serait tenté de le supposer. Cela tient pour une grande part à la difficulté considérable de la recherche du bacille de Koch dans le liquide. Avec beaucoup de peine, M. Netter l'a trouvé trois fois sur douze cas : Ehrlich, deux fois sur neuf. Quant aux inoculations, outre qu'il faut au moins trois semaines pour en obtenir un résultat, elles peuvent rester négatives : ainsi M. Jaccoud a rapporté dans ses cliniques l'observation d'un malade profondément atteint par la tuberculose, dont les tissus contenaient des follicules tuberculeux types et des bacilles, et chez qui cependant ni la recherche du bacille dans le liquide, ni l'inoculation de ce liquide à des cobayes n'avaient donné de résultats. Aussi Garré, pour

les abcès ordinaires, et Fränkel pour l'empyème, ont-ils pu poser ce principe de bactériologie clinique, que l'absence de microorganismes dans le pus doit faire penser à la tuberculose.

Mais c'est là, on en conviendra, un médiocre critérium, ou plutôt c'est, dans le cas qui nous occupe une vraie pétition de principe, puisqu'on s'appuie sur un caractère négatif et douteux pour prendre une détermination.

De plus, l'examen bactériologique peut encore induire en erreur. En effet, le bacille de Koch peut être — et se trouve fréquemment — associé à des microbes divers. Les associations sont l'origine habituelle des pleurésies purulentes aiguës ou subaiguës survenant chez des tuberculeux (Debove). C'est tantôt le streptocoque, tantôt le pneumocoque. La présence du staphylococcus aureus *non mélangé à d'autres microbes cultivables et colorables*, constitue pour M. Netter une preuve, ou tout au moins une forte présomption en faveur de la nature tuberculeuse de l'empyème.

Personnellement, nous avons vu dans un cas le bacille de Koch associé au pneumocoque ; une autre fois, chez une malade manifestement tuberculeuse (antécédents, bacilles dans l'expectoration) nous n'avons trouvé le bacille qu'une fois sur cinq examens, pratiqués à des époques différentes, à la suite de ponctions, et portant chacun sur une douzaine de lamelles ; mais toujours nous avons pu constater par les cultures et l'examen des lamelles colorées, la présence du staphylococcus aureus. D'autres associations plus rares ont été signalées.

Cette variété dans les agents pathogènes explique pour

quoi l'empyème offre dans ses allures cliniques, sa marche, ses terminaisons, tant de différences. Expliquer ces différences par l'idiosyncrasie par « le terrain » c'est rester volontairement dans le domaine de l'hypothèse. Sans doute, il y a dans la constitution intime des tissus, certaines particularités qui échappent à nos moyens d'analyses encore trop grossiers ; mais la nature de l'infection a pour le moins autant d'importance, et peut à elle seule rendre compte de beaucoup de formes évolutives, dont l'origine était un mystère avant les travaux et les acquisitions des bactériologistes.

Nous n'avons pas l'intention de refaire ici l'histoire clinique de l'empyème tuberculeux. Nous aurons, chemin faisant, occasion d'insister sur quelques points spéciaux : pour l'instant nous nous contenterons de rappeler que l'empyème chez les tuberculeux peut évoluer sous trois aspects : il peut être aigu, et alors c'est le plus souvent une pleurésie à streptocoques ; subaigu, et il s'agit ordinairement d'une association microbienne, dans laquelle le bacille de Koch n'est qu'un facteur de l'infection ; enfin l'empyème tuberculeux type évolue lentement, s'installe insidieusement, et représente bien réellement, au double point de vue de la clinique et de l'anatomie pathologique, un abcès froid (Kelsch et Kiener).

Or, prises en bloc, ces trois formes sont susceptibles d'offrir les mêmes terminaisons. En l'absence d'intervention ou tout au moins d'intervention radicale, la collection purulente tend à s'évacuer, soit par la voie bronchique, soit par la voie cutanée, soit par les deux à la fois. Mais que de différences quand on examine les choses de près !

Dans l'empyème à streptocoques, la vomique est précoce ; quant à l'ouverture à la peau, dite empyème de nécessité, elle est précédée de tous les signes classiques de l'abcès. Le tout se produit en général au bout de deux ou trois mois. Que le streptocoque fasse une œuvre chez un tuberculeux ou chez un sujet bien portant, le résultat est sensiblement le même.

Dans la forme subaiguë, liée à des associations microbiennes, les choses marchent un peu plus lentement, mais la vomique ou la perforation pariétale s'obscurcit également.

S'il s'agit d'une pleurésie à bacilles de Koch, ces deux éventualités sont encore possibles, mais elles offrent certaines particularités dignes d'intérêt. D'abord, elles sont beaucoup plus tardives ; ensuite, l'ouverture à la paroi se fait lentement, sans réaction locale, et les choses se passent comme dans l'ouverture cutanée d'un vulgaire abcès froid. Nous avons vu un cas dans lequel un abcès froid se développa dans la paroi thoracique, à la suite d'une thoracentèse sans donner lieu à aucune douleur : la ponction de cet abcès qui communiquait par une fistule avec la grande cavité pleurale, donna issue à plusieurs litres de liquide purulent ; puis la fistule se ferma, et le liquide s'étant reproduit fut évacué par vomique trois mois après.

Même lorsqu'il s'agit d'empyèmes manifestement tuberculeux, on peut observer toutes les terminaisons de l'empyème ordinaire, toutes les migrations du pus qui se rencontrent avec la pleurésie purulente vulgaire. Ainsi on a signalé des ouvertures dans l'abdomen à travers le

diaphragme ; dans le péricarde ; enfin dans la région lombaire et la gaine du psoas ; Delotte en a rapporté des exemples, et malgré l'absence d'examens bactériologiques (le travail de Delotte est de 1884) les renseignements cliniques sont suffisants pour affirmer la nature tuberculeuse de l'empyème dans ces cas.

En somme, l'empyème chez les tuberculeux ne peut être considéré comme une unité, ni au point de vue clinique, ni au point de vue bactériologique, ni au point de vue anatomo-pathologique. Il est donc peu probable qu'il soit justiciable d'un traitement unique. C'est ce que l'on peut penser *a priori* : cependant, comme au fond, il y a toujours à compter avec le bacille de Koch, on peut se demander s'il faut tout sacrifier à cette indication, ou au contraire, sans cesser d'en tenir compte, agir selon les autres indications de la clinique, aidée, bien entendu, des recherches du laboratoire. C'est ce que nous allons examiner maintenant.

La pleurésie purulente est susceptible d'être traitée par plusieurs méthodes, que l'on peut grouper sur quatre chefs :

- 1° La pleurotomie ;
- 2° Les ponctions répétées ;
- 3° Les ponctions suivies d'injection antiseptique ;
- 4° On peut être appelé à traiter un empyème *ouvert*, soit à l'intérieur, soit dans les bronches, soit simultanément dans les deux régions.

Nous examinerons successivement ces diverses méthodes, en considérant à propos de chacune deux cas : la pleurésie totale, la pleurésie partielle.

DE LA PLEUROTOMIE.

L'opération de l'empyème par l'ouverture des parois thoraciques est aussi vieille que la médecine. Pratiquée au temps d'Hippocrate, puis abandonnée comme trop dangereuse et trop incertaine, elle fut de nouveau préconisée par Sédillot, puis défendue par Moutard-Martin, elle est de nos jours couramment pratiquée. Il est vrai que l'empyème, tel que le pratiquaient les anciens chirurgiens, ne ressemblait guère à la pleurotomie antiseptique telle que la pratiquent les chirurgiens d'aujourd'hui.

On peut dire actuellement que l'opération de l'empyème est une excellente opération, une des mieux réglées de la chirurgie, pourvu qu'on la fasse antiseptiquement et *sans admettre de degrés dans l'antisepsie* (Debove). Grâce aux précautions minutieuses et à la rigoureuse propreté dont l'observation domine à l'heure présente toute la thérapeutique chirurgicale, une plaie thoracique peut et doit guérir comme une plaie quelconque, pourvu que l'on n'attende pas que le malade soit profondément infecté et les poumons enveloppés d'une coque qui gênera son expansion, pourvu en d'autres termes, que l'on fasse la pleurotomie *précocce* (Debove). Et l'auteur que nous venons de citer a montré, en pratiquant avec succès la première pleurotomie antiseptique qui ait été faite à Paris, que le *médecin* a le pouvoir, et par conséquent le devoir, d'intervenir quand l'intérêt de son malade le réclame.

Il n'y a d'incertitude que pour les soins consécutifs.

Beaucoup de médecins et de chirurgiens pensent, comme notre excellent M. le D^r Chantemesse, qu'un abcès pleural doit être traité comme un autre abcès, et que les mêmes soins lui sont applicables. D'autres pensent qu'il ne faut pas faire de lavages, et qu'il convient de laisser reposer la plèvre opérée. Mais il s'agit là de l'empyème considéré en masse, et, quand il s'agit de l'empyème chez les tuberculeux, chaque médecin, se fondant sur les résultats personnels, le considérera tantôt comme une excellente opération, tantôt au contraire comme un procédé détestable.

Le seul moyen de se faire une opinion est de comparer les faits; c'est ce que nous allons tenter maintenant.

1° Pleurotomie dans les pleurésies purulentes tuberculeuses de la grande cavité. — S'il s'agit d'une pleurésie à streptocoques, l'opération est indiquée, à moins de lésions considérables des poumons, parce qu'on est en droit de compter que malgré la nature du terrain, l'abcès à streptocoques guérira après l'ouverture. L'hésitation n'est possible qu'avec les associations microbiennes et le bacille de Koch isolé.

Pour apprécier la valeur de l'empyème dans de tels cas, il faut se rappeler les conditions physiques et anatomiques du poumon. La collection purulente s'est développée lentement, comprimant le poumon qui s'entoure de fausses membranes généralement infiltrées de tubercules. Quant au poumon lui-même, il offre des lésions variables d'étendue et de profondeur, mais il est certain que par le fait de ces lésions il a perdu une bonne partie de son élasticité. Mais ce n'est pas seulement du poumon correspondant à l'épanchement qu'il faut se préoccuper. L'état

de l'autre poumon doit être pris en sérieuse considération : « La tuberculose, dit Laënnec, ne doit pas empêcher l'opération de l'empyème si le poumon du côté opposé est sain. » Robert, dans sa thèse, déclare que « le médecin en discutant la valeur de l'opération dans un cas donné, ne devra pas tant tenir compte de la nature tuberculeuse des lésions pulmonaires que de l'étendue et du degré de la maladie. Il devra, en d'autres termes, s'efforcer d'apprécier, autant qu'il est possible, le temps de survie réservé au malade s'il guérit de l'empyème. On prendra le parti de l'abstention si elles sont trop étendues quoique peu profondes (ramollissement ou infiltration plus ou moins diffuse, phthisie galopante ou granulie), ou si elles sont, au contraire, plus circonscrites, mais très avancées (cavernes), enfin si la tuberculose attaque le péritoine ou le tube digestif, ou si il y a simplement une dyspepsie très accentuée. Boulland pense « qu'on pourrait encore ne pas tenir compte de ces deux conditions ». Nous ne pouvons souscrire à cette opinion. S'il y a des lésions sérieuses du tube digestif et surtout du foie, nous pensons que l'empyème sera au moins inutile.

Ces préliminaires posés, deux objections capitales se présentent. D'abord, est-il aisé de se rendre un compte exact de l'état des organes ? Prenons d'abord le poumon du côté de l'épanchement. Masqué par celui-ci, il ne révèle ses lésions que par l'expectoration et les bacilles qu'elle contient ; on ne sait où en sont les altérations antérieurement constatées, et il est impossible de savoir si elles progressent ou s'arrêtent. Quant au foie, la tuméfaction peut être difficile à distinguer de simple refoule-

ment : la recherche de l'urobiline dans l'urine, l'expérience de la glycosurie alimentaire ne constituent que des probabilités : leur présence indique une altération profonde de foie ; mais leur absence ne permet pas de conclure à l'intégrité de l'organe.

En second lieu, ce que nous savons des abcès froids ne plaide guère en faveur de l'empyème. A-t-on jamais guéri un abcès froid, surtout s'il est vaste avec une simple incision, fût-elle suivie de lavages ? Tous les chirurgiens, sont d'accord pour déclarer que le grattage minutieux, complet, est indispensable. Les beaux travaux de M. Lannelongue sur la constitution des abcès froids le démontrent suffisamment. Grattera-t-on la plèvre ? Ira-t-on promener une curette sur toute la surface du poumon ? La supposition seule d'une telle opération semble absurde. Nous savons que des chirurgiens l'ont tentée en Allemagne : le résultat a été tel qu'on devait l'attendre. Cette raison semble suffisante à MM. Debove et Courtois-Suffit pour rejeter l'empyème, et nous sommes pleinement de leur avis.

Après cela, il est peut-être permis de négliger les autres considérations : on a accusé l'empyème de provoquer une généralisation de la tuberculose ; on a dit que la mort subite pourrait être le résultat de la décompression brusque : peut-être a-t-on exagéré le danger ; en tous cas le second accident peut se produire dans la pleurésie purulente ordinaire. Mais là, du moins, on a chance de pouvoir faire une opération complète.

2° *Pleurotomie dans les pleurésies partielles.* — Tout d'abord, une intervention quelconque suppose un diagnostic

exact. Or, s'il est un diagnostic difficile, en matière d'affection pleurale, c'est bien celui des pleurésies cloisonnées et des pleurésies partielles. Rappelons brièvement sur quoi il repose :

A l'inspection, voussure localisée, avec ou sans œdème très souvent, mais non toujours, trouble de la circulation veineuse dans le même point, les veines se montrent sous forme de dilatations variqueuses ; ou, simplement dessinent sur la peau de petites étoiles. Ces varicosités constituent un signe précieux. Tous les auteurs le signalent sans s'y arrêter ; à notre avis, il a une très grande importance. Il en est de même de l'augmentation de volume du sein du côté de l'épanchement, que nous avons pu constater deux fois de la façon la plus nette.

A la palpation, abolition complète des vibrations au niveau de la voussure, avec intégrité ou même exagération de ces vibrations dans les parties voisines, de sorte qu'une zone de vibrations normales ou accrues peut être interposée à deux zones sans vibrations : caractère très important, sur lequel M. Jaccoud a plusieurs fois insisté (Acad. de méd. 1879 et Clin.), quelquefois fluctuations (Damoiseau, Gouttierre Cachera, Bouveret).

A la percussion. — Matité complète alternant avec des zones de sonorité relative ; quelquefois sonorité tympanique (Guéneau de Mussy, Eichhorst).

A l'auscultation. — Absence du murmure vésiculaire qui est remplacé tantôt par un silence complet (Jaccoud), tantôt et plus souvent par un souffle doux, susceptible de prendre un timbre tubaire ou même amphorique (Frémont), à ce souffle se joignent les modifications habituelles de

la voix, égophonie, pectoriloquie aphone, cette dernière manquant très rarement.

L'existence de tous ces signes, surtout de la voussure, du tympanisme et de l'égophonie *nette*, permet de conclure à l'existence d'un épanchement localisé. Mais hâtons-nous de dire qu'ils peuvent faire défaut, soit à cause d'une anomalie symptomatique, soit parce que l'épanchement est situé dans le médiastin : et aussi, qu'ils peuvent être modifiés au point de donner le change, par exemple, dans les empyèmes des sommets qui simulent une caverne et dont le diagnostic peut être rendu très difficile.

Mais enfin supposons le diagnostic posé. Supposons même que la ponction exploratrice n'ait pas été une ponction blanche, qu'on soit arrivé du premier coup sur une loge contenant du pus. Tout n'est pas terminé. Il se peut en effet que cette loge ne fut pas isolée, qu'elle communique avec une ou plusieurs autres : ou inversement, qu'elle présente dans sa cavité une cloison : quel moyen avons-nous de le savoir ? Aucun. Quelque rigoureux que soit le diagnostic, il reste encore on le voit, de graves chances d'erreur, et l'ouverture faite on peut se trouver en présence de difficultés insoupçonnées.

Cependant la thoracotomie présente ici de meilleures chances de succès, théoriquement, que dans les grandes pleurésies. M. Antony (Soc. méd. des hôp., 1892), n'hésite pas à préconiser en pareil cas une intervention complète, incision, grattage, etc. Les éléments manquent pour bien juger la question. Les quelques observations qui font suite à ce travail sont peu encourageantes. Mais, même en admettant ce que nous croyons sans peine, qu'une

telle pratique donne des succès, il n'en reste pas moins vrai que les chances d'erreur sont encore nombreuses, et que, jusqu'à présent, nous ne possédons aucun moyen de reconnaître avec exactitude la conformation et les limites de la poche dans certains cas.

Appendice.— De l'opération d'Estlander. On sait en quoi consiste cette opération, prévue et même exécutée par bien des chirurgiens, mais qui ne date, en tant qu'opération réglée, que du mémoire d'Estlander. Modifiée par les chirurgiens qui l'ont pratiquée après lui, cette opération se ramène en définitive à la formation d'une paroi molle, susceptible de se déprimer et d'adhérer à la paroi rigide qui ne peut s'appliquer contre le poumon, quand celui-ci est trop comprimé par les néo-membranes pour pouvoir s'étendre. Il est certain que dans beaucoup de cas elle constitue la seule ressource, le seul moyen de guérir des cavités persistantes, des fistules intarissables capables de provoquer l'infection et la mort. Mais quels résultats donne-t-elle ? La statistique du Dr Bouveret (78 observations) ne lui est guère favorable, surtout en ce qui concerne les tuberculeux. A la vérité, la tuberculose ne paraît pas représenter une contre-indication absolue, mais en l'absence des documents plus nombreux, on peut rechercher ce que donne la simple résection costale, pratiquée pour des osteites tuberculeuses des côtes. Dans sa thèse, Thiery donne les résultats de quatre résections costales : elles lui ont donné un succès, deux améliorations passagères, un résultat nul, tandis que les interventions mêmes radicales lui ont donné une proportion plus grande de succès, abstraction faite d'un grattage opéré dans de mauvaises conditions.

THORACENTÈSE

La thoracentèse, qui a pris droit de cité depuis longtemps, grâce surtout à l'influence de Trousseau, peut se pratiquer dans bien des conditions. Comme l'empyème, elle a été complètement modifiée par les pratiques de l'antisepsie, et singulièrement facilitée par les méthodes aspiratrices.

Nous ne nous arrêterons pas à décrire le manuel opératoire : stérilisation de la peau, des instruments, toutes les précautions antiseptiques doivent être mises en œuvre ; c'est aujourd'hui une vérité courante, et malgré certaines assertions qui se sont produites récemment à la tribune de l'académie, nous pensons que les médecins de campagne eux-mêmes ont une éducation antiseptique suffisante pour pratiquer l'opération dans les meilleures conditions. Il n'en coûte pas plus de nettoyer ses trocars avec une solution antiseptique que de laver purement et simplement son appareil, et ce n'est pas le lavage de dix centimètres carrés de peau qui changera beaucoup les habitudes de l'opérateur.

Dans la pleurésie purulente des tuberculeux, la thoracentèse peut être pratiquée dans deux buts différents. On peut se proposer d'en faire une simple opération palliative, ou au contraire l'élever au rang d'opération curative destinée à remplacer la pleurotomie. Dans les deux cas,

on peut se contenter de la ponction simple et la faire suivre d'injection modificatrice. Nous considérerons ces deux méthodes successivement.

1° *Thoracentèse simple.*

A. — *Thoracentèse dans les empyèmes de la grande cavité.* — La thoracentèse est évidemment indiquée quand il n'y a rien de radical à tenter, quand, par exemple, les poumons offrent de grosses lésions, ou quand la généralisation de la tuberculose à d'autres organes peut être diagnostiquée. Bien faite elle ne comporte pas de contre-indication, c'est d'après ses résultats qu'il faut la juger.

Or, dans ces pleurésies purulentes, vraies, exception faite pour la pleurésie fibrino-purulente (Kelsch) ou à pneumocoques, qui est d'ailleurs exceptionnellement une pleurésie de la grande cavité, son procès est fait. Elle est bonne pour assurer le diagnostic, qui, dans la plupart des cas pourrait être fait sans elle, ou tout au moins avec une simple piqûre de la paroi avec l'aiguille ordinaire, ou encore pour servir de conducteur à l'instrument (Guinard), Mais nous ne connaissons pas d'exemple de guérison d'un grand empyème par la thoracentèse simple. M. Bouveret n'en a pas découvert.

Mais en est-il de même pour les pleurésies tuberculeuses ? On peut répondre affirmativement. Sainton dans sa thèse sur « une variété latente et bénigne d'empyème » rapporte deux observations qui ont manifestement trait à

des tuberculeux. Dans les deux cas, la ponction n'a produit que des résultats incertains, bien qu'elle ait été répétée plusieurs fois chez un des malades. Nous avons pu voir la thoracentèse simple pratiquée plusieurs fois dans un vaste empyème tuberculeux, sans amener autre chose qu'une légère détente, toujours passagère.

B. — *Thoracentèse dans les pleurésies partielles.* — Nous ne possédons pas de documents sur ce point. Mais, en raisonnant par analogie on est amené à conclure que des épanchements purulents ne peuvent guère être guéris par ce procédé, attendu que ceux dont nous nous occupons ont leur source dans des lésions profondes de la paroi (Lannelongue, Netter). Or, si l'on peut détruire l'effet en supprimant la cause, la réciproque n'est pas vraie. La thoracentèse, en pareil cas ne nous paraît avoir de valeur que comme moyen de diagnostic.

C. — *Méthode dite des ponctions répétées.* — C'est à Desplats de Lille qu'est due l'introduction de cette méthode, dont ce médecin s'est constitué le défenseur ; mais avant lui, Trousseau, Legroux, Bouchut, l'avaient préconisée, Bouchut a pratiqué jusqu'à 33 ponctions, et même 74 (cité par Debove). D'après M. Desplats, cette pratique aurait pour effet d'amener des rétrécissements progressifs de la cavité suppurante. Nous ne savons ce qu'elle peut donner dans la pleurésie purulente tuberculeuse. Les observations de Sainton ne sont guère concluantes, et l'examen du liquide semblerait indiquer qu'il s'agissait d'une collection inerte, sorte de *caput mortuum* gênant seulement par sa présence.

2° *Thoracentèse suivie d'injections modificatrices.*

L'idée de modifier par une injection irritante les sécrétions pleurales n'est pas absolument nouvelle puisque Gallien en parle. Mais il appartenait à notre époque d'en faire un procédé régulier et scientifique, et c'est surtout M. Fernet qui y a contribué.

Les antiseptiques injectés dans la plaie, soit après la pleurotomie soit après la thoracentèse, ont varié beaucoup. Aran injectait de la teinture d'iode, et attribue à cette injection un succès obtenu dans un cas d'empyème. Depuis on a essayé du chlorure de zinc, du sulfate de zinc, du permanganate de potasse ; on a injecté de l'acide phénique, du sublimé, de l'eau naphtolée (Fernet) en un mot tous les antiseptiques ont été employés. Auquel donner la préférence ?

En thèse générale, il faut toujours avoir présents à l'esprit les conseils du professeur Bouchard ; si l'on veut obtenir des résultats durables, il faut un antiseptique durable, c'est-à-dire un antiseptique dont l'action puisse se prolonger longtemps. Comme l'a très justement dit l'éminent professeur, le but à atteindre n'est pas la mort du microbe, mais sa stérilisation. Or, la plupart des méthodes ont le grave défaut, ou de ne pas amener cette atténuation du virus, ou de provoquer en même temps de graves désordres chez le malade.

De plus, tous les histologistes, tous les bactériologistes sont d'accord sur ce point, les agents pathogènes ne sont

pas à la surface, mais dans la profondeur des tissus, et c'est là un des grands arguments que l'on a fait valoir contre les lavages dans l'empyème.

Toutes ces considérations ont une valeur très grande, qu'on ne peut méconnaître, et cela, quel que soit le microbe dont il s'agit. Mais dans le cas particulier du bacille tuberculeux, la difficulté est aussi accrue par la résistance énorme du bacille aux antiseptiques. On connaît les recherches de Duclaux, celles de Kümmel, celles de Koch lui-même, qui établissent que le froid prolongé, la chaleur, l'acide phénique, le sublimé, etc., ou ne détruisent pas le bacille, ou ne le détruisent qu'en proportion telle que leur usage sur le vivant est impossible. Bien plus, les expériences récentes de M. Strauss tendent à établir que, même mort, le bacille tuberculeux est encore virulent.

Dans ces conditions, on peut se demander si ce n'est pas une chimère que de poursuivre la destruction locale des bacilles autrement que par l'action directe des moyens chirurgicaux. Telle n'est point cependant notre opinion. Il existe, en effet, des antiseptiques capables de ralentir, d'une façon progressive et sûre, l'action nocive des bacilles ; peut-être aussi peut-on neutraliser ces derniers par un autre moyen, en essayant de former avec les toxines qu'ils engendrent des composés insolubles ou inertes. C'est de cette façon que Sahli expliquait récemment l'action favorable du gaïacol.

Or, les antiseptiques capables de continuer longtemps leur action, ne sont pas nombreux, en mettant à part, bien entendu, ceux qui ont sur les tissus et sur l'organisme entier une action nocive. Le naphthol introduit dans

la thérapeutique par M. Bouchard et l'aristol sont à peu près les seuls dans ce cas. Pour le naphtol, on sait qu'à l'intérieur il est fort bien toléré à forte dose, pendant longtemps ; on a bien signalé des faits de stéatose hépatique consécutive (Bouchard), mais ils s'étaient produits dans des conditions expérimentales qui ne sont pas celles de la clinique. Il en est de même pour l'aristol, généralement très bien toléré, et que l'on a pendant quelque temps considéré en Allemagne comme un véritable spécifique, opinion d'ailleurs controversée.

M. Fernet a employé avec succès l'eau naphtolée, et le manuel opératoire qu'il conseille est le suivant : Pratiquer d'abord une injection d'eau naphtolée faible que l'on extrait ensuite par aspirations, puis injecter de nouveau de l'eau naphtolée forte, c'est-à-dire tenant du naphtol en suspension, que l'on abandonne dans la plèvre. Au contact des matières albuminoïdes, le naphtol se précipite et reste à demeure, en contact avec les lésions, pendant un temps qu'on ne peut préciser, mais qui est certainement long.

Toutefois, on peut faire à cette méthode une grave objection ; le naphtol β est presque insoluble (0 gr. 30 p. 1000 d'eau) le naphtol α l'est encore plus. Dès lors il devient impossible d'en injecter une quantité suffisante, à moins qu'on ne veuille employer comme véhicule l'alcool, dont le moindre inconvénient serait d'être très douloureux. Et la même objection peut être faite à l'aristol. Quant à dissoudre ce dernier dans l'huile, on peut y songer, quand il s'agit d'injections hypodermiques, mais non quand il faut pouvoir introduire et laisser en place dans la

plèvre une quantité assez considérable (plusieurs centaines de grammes de liquide).

Théoriquement, l'iodoforme, dont les bons résultats en chirurgie ne sont plus à démontrer, remplirait le but. Mais on ne peut injecter d'éther iodoformé dans la plèvre; et la projection de l'iodoforme en poudre n'est guère réalisable. Nous avons observé un cas dans lequel l'injection d'iodoforme à la dose de 3 grammes, en suspension dans la glycérine, détermina des accidents d'intoxication. Ces derniers d'ailleurs ne se comptent plus, et tous les chirurgiens en ont vu.

Mais il existe un antiseptique introduit depuis un temps relativement court dans la thérapeutique. Cet antiseptique c'est le naphtol camphré, liquide, par conséquent injectable sans difficulté, et insoluble. C'est à lui que notre observation personnelle nous porte à donner la préférence. Nous l'avons vu, dans un cas de pyothorax, amener la disparition rapide des signes d'infection : le liquide ayant été évacué par une vomique, deux mois après la dernière injection, exhalait une forte odeur de camphre et contenait du naphtol camphré en suspension, bien reconnaissable à son apparence huileuse et à son odeur. D'ailleurs aucun accident imputable à sa présence ne s'était produit. A part une odeur de camphre exhalée par la respiration de la malade, et qu'elle supportait d'ailleurs bien, il n'a eu aucun inconvénient.

Voici d'ailleurs le manuel opératoire fort simple qui avait été suivi. Ponction aseptique, soustraction d'une quantité de liquide aussi grande que possible (2 litres et demi), puis injection de 50 grammes de naphtol camphré,

et ensuite occlusion de la plaie par les procédés ordinaires. La même opération a été renouvelée six fois en un an et actuellement neuf mois après la vomique la malade semble complètement guérie.

Indépendamment de ce cas, nous avons pu voir deux fois des injections de naphtol camphré pratiquées dans un empyème donner d'excellents résultats immédiats, mais nous n'avons pas suivi les malades.

Nous avons à peine besoin de faire remarquer que ces injections d'une très faible quantité d'un antiseptique ne ressemblent en rien aux lavages.

En effet, le séjour prolongé de l'antiseptique dans la cavité pleurale permet d'espérer une action sur les tissus profonds, action que ne peuvent certainement posséder les liquides circulant rapidement dans la plèvre. De plus la quantité minime de liquide introduit met sûrement à l'abri de l'objection faite aux grands lavages : la destruction des adhérences. Enfin, la volatilisation de quantités relativement considérables de camphre dans un espace clos peut avoir une heureuse influence sur les parois de cet espace ; et, bien que l'action du camphre ne soit pas très énergique dans les conditions ordinaires, on peut se demander si elle n'acquiert pas une plus grande intensité en se prolongeant pendant des semaines. Voir à la fin de ce travail l'observation I : on pourrait nous objecter que l'antiseptie par le naphtol camphré n'a pas empêché la reproduction du liquide : mais il faut tenir compte de l'influence d'une grippe intercurrente.

CONDUITE A TENIR EN CAS DE VOMIQUE.

Il nous reste à examiner un dernier point, la conduite à tenir quand l'épanchement est évacué par une voie quelconque et spécialement par la voie bronchique. Pour cela, il faut bien entendu mettre à part les cas de vomique en quelque sorte foudroyante, qui peuvent tuer par asphyxie. Mais en se tenant aux cas où la vomique n'est pas suivie d'accidents immédiatement mortels, et ce que nous disons de la vomique peut s'appliquer à toutes les ouvertures, que convient-il de faire ?

Remarquons tout d'abord que la vomique peut être un processus de guérison (Laënnec). Mais cette éventualité est assez rare après les grands épanchements. Nous en connaissons cependant deux exemples, et les auteurs en renferment plusieurs. Des deux cas que nous avons vus l'un était manifestement de nature bacillaire : pour l'autre, peut-être ne s'agissait-il que d'un empyème vulgaire, l'examen bactériologique n'a pas été fait.

Pour les pleurésies partielles, même tuberculeuses, il n'y a pas de doute, et l'on en peut citer plusieurs qui ont guéri par ce moyen. Et, quelque rapprochement qu'on veuille tenter entre une pareille terminaison et la thoracotomie, il est certain que l'analogie est plus apparente que réelle, car le liquide de la vomique s'écoule toujours plus lentement que celui qui est extrait par incision.

Mais, une fois effectuée, la vomique laisse la porte ouverte à une foule d'accidents, parmi lesquels la décomposition du pus tient la première place. Or, cette décomposition est due à l'infection par les micro-organismes contenus dans l'air qui arrive dans le foyer après avoir traversé des bronches ou des cavités pulmonaires infectées.

Quand il s'agit d'un vulgaire pyothorax, la vomique est loin de contre-indiquer l'empyème. Mais, quand on est en présence d'un empyème tuberculeux, il ne nous paraît pas que les conditions sont autres qu'avant la vomique. Nécessité du grattage et fermeture à peu près impossible, telle est encore l'éventualité qui menace l'opéré.

Ainsi, en pareil cas, conseillons-nous, en nous appuyant sur un fait personnel, d'user à outrance des désinfectants, intus et extra; c'est-à-dire de combiner l'antisepsie de la poche évacuée, réalisée par les injections intra-pleurales, avec l'inhalation de vapeurs antiseptiques (eucalyptol, térébenthine), inhalation qui devrait être pratiquée avec l'appareil de M. Constantin Paul, sans préjudice du traitement général.

Ce dernier, d'ailleurs, nous tenons à le dire hautement, est le corollaire obligé de tout traitement local dirigé contre la tuberculose. L'alimentation, le grand air, l'antisepsie pulmonaire réalisée par tous les moyens, tels sont, les agents qu'il faut mettre en œuvre, car l'état général, en matière de lésions tuberculeuses a autant et peut être plus d'importance que la lésion locale quelque grave et étendue qu'elle soit.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

STATISTIQUES ET OBSERVATIONS

1° *Pleurotomie.*

Statistique de Moutard-Martin (1882). Cette statistique comprend une statistique antérieure du même auteur (1872) et portant sur 17 cas.

		Guéris	Morts
Malades tuberculeux	7	0	7
Non tuberculeux	77	57	20
Total	<u>84</u>	<u>57</u>	<u>27</u>

2° *Statistique personnelle de Bouveret.*

Tuberculeux	3	0	3
Non tuberculeux	<u>7</u>	<u>6</u>	<u>1</u>
	10	6	4

Plus trois cas, l'un de Cabot, l'autre de Krabbel (*in Deutsch. Med. Wochensch.*, 1879, n. 22, le troisième personnel à Bouveret. 1 cas, celui de Krabbel, n'a pas été suivi, il avait été amélioré ; dans les deux autres, après une amélioration passagère, l'épanchement s'est reproduit et la mort est arrivée à la fin par septicémie et par les progrès de la tuberculose.

3° *Statistique de nos observations.*

Age	Survie	Particularités
18 ans	1 mois	Lavages multiples
28 ans	2 mois	Lavages au début, supprimés au second mois

Total 15 empyèmes chez des tuberculeux à différentes périodes, 14 morts, 1 résultat inconnu.

2° *Opération d'Estlander.*

(Statistique empruntée aux observations de Bouveret)

1° *Guérisons complètes.*

<i>Opérateur</i>	<i>Particularités</i>	<i>Age</i>
Boeckel	ayant déjà subi l'empyème	31 ans

2° *Guérisons avec fistules persistantes.*

Berger	Empyème pulsatile	22 ans
De Cérenville	Pleurésie partielle	28 ans
Koranyi	Après ponctions multiples	36 ans
Chauvel	Fist. considérable mauvais état gén.	21 ans
Kirmisson	id.	22 ans
Poulet	Grande fistule	22 ans
Pollosson	2 opérations d'Estlander	39 ans
id.	id.	25 ans

3° *Mort très rapide.*

Bouilly		30 ans
Gillette		54 ans
Berger		20 ans
De Cérenville	Tuberculose péritonéale	22 ans
Courvoisier		67 ans

4° *Résultat nul (mort dans les premiers mois qui ont suivi l'opération).*

Estlander	25 ans
Nicaise	28 ans
Weinlechner	?

5° *Résultats inconnus.*

Quatre cas.

Soit sur un total de 78 opérations d'Estlander, 21 opérations pratiquées chez des tuberculeux. Ces opérations ont donné un succès, 8 fistules dont 4 dans de très mauvaises conditions, 5 morts très rapides, 3 résultats nuls, 4 résultats inconnus.

THORACENTÈSE

Age des mal.	Guérison	Mort	Nombre de ponctions	Particularités
39 ans		!	3	Liquide fétide; siphon de Potain.
22 ans		!	2	Purulence après la ponction à l'autopsie pleurésie guérie : tuberculose général
32 ans	survit un an ap. la ponct.			Abcès froids multiples.
23 ans	?			Ponctionnée 3 fois en 3 ans, récidiv. pas suivi.
28 ans		survie de 3 mois.	3	Tuberculose avancée pas d'autopsie.
14 ans	amélioration notable.			Migration de l'empyème vers la face.
20 ans			5	Pleurésie multiloculaire

On trouvera ces observations à la fin de notre travail.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Communiquée par M. le Dr Pignol, ancien chef de Clinique de la Faculté.

Ponctions suivies d'injections antiseptiques.

Mlle X., âgée de 26 ans, profession artiste peintre ; au mois de janvier 1891 apparition d'une pleurésie occupant la partie postérieure et latérale de l'hémithorax droit. La percussion donne une matité complète partant de la partie moyenne de la clavicule droite descendant verticalement du bord antérieur de l'aisselle jusqu'à la partie moyenne du bord inférieur des côtes. En arrière la ligne de matité part du sommet du creux de l'aisselle et gagne, en passant obliquement au-dessous de l'épine de l'omoplate la colonne vertébrale. Dans toute la zone mate, la palpation fait percevoir une abolition complète des vibrations thoraciques qui sont exagérées au-dessus de la zone mate. A l'auscultation on entend un souffle à timbre amphorique, de la pectoriloquie aphone et de l'égophonie.

Antérieurement, la malade avait présenté une lésion du sommet droit caractérisée par de l'expiration soufflante, des craquements humides et dont la nature avait été démontrée par la présence de nombreux bacilles dans l'expectoration.

Une première ponction donne issue à deux litres et demi de

liquide séro-purulent dans lequel l'examen bactériologique révèle la présence de staphylocoques et de bacilles de Koch peu nombreux et très difficiles à découvrir.

Un mois après la ponction, l'endroit où a passé le trocart devient le siège d'une tuméfaction indolore de consistance molle et qui grossit progressivement jusqu'à dépasser le volume d'un gros œuf. Cette tuméfaction présente tous les caractères d'un abcès froid.

On décide de la ponctionner et d'y pratiquer une injection de naphtol camphré. La ponction démontre que cette cavité communique avec l'épanchement pleural et permet d'extraire un litre, un tiers de liquide franchement purulent, sans odeur. On est obligé d'interrompre la ponction à cause de la toux et de la sensation de tiraillement qui survient. On fait alors pénétrer dans la plèvre 50 grammes de naphtol camphré. La poche extérieure est traitée par un pansement compressif. A la suite de cette ponction l'état général s'améliore d'une façon très notable et la tuméfaction de l'abcès froid diminue progressivement. A la suite d'un refroidissement le liquide se reproduit lentement, et, au mois d'octobre, une nouvelle ponction suivie d'une injection de naphtol camphré et d'aristol en suspension dans la glycérine est pratiquée ; elle donne issue à deux litres de liquide ayant l'aspect d'une émulsion et contenant en suspension des gouttelettes de *naphtol camphré parfaitement reconnaissables*.

Les conditions dans lesquelles se fait cette ponction et les modifications des signes stéthoscopiques indiquent le rétrécissement graduel de la poche. On décide de pratiquer de temps en temps à intervalle rapproché des ponctions suivies d'injections antiseptiques. La présence de fausses membranes rend les ponctions ou ne peut plus difficiles. Notons seulement qu'après l'injection d'une certaine quantité d'iodoforme (3 grammes environ), on a pu observer quelques phénomènes attribuables à l'intoxication

iodoformique (anorexie, injection des yeux saveur désagréable dans la bouche et céphalée intense). La dernière ponction est pratiquée le 15 janvier la malade étant atteinte d'une grippe de moyenne intensité. Elle donne un litre et demi de liquide épais verdâtre exhalant une odeur de camphre intense. Le 20 janvier, toux quinteuse suivie du rejet d'une quantité de liquide qu'on peut évoluer à environ deux litres en 24 heures. Ce liquide exhale une odeur de camphre très marquée. La malade rend compte qu'elle retrouve au fur et à mesure de l'expectoration les caractères (goût, odeur) des antiseptiques qui avaient été injectés à plusieurs reprises dans la plèvre. A partir de ce moment l'état général se relève avec une rapidité surprenante :

Série des poids.

Le 2 septembre 1891,	105 livres.
Le 20 septembre	107 »
Le 1 ^{er} octobre	110 »
Le 5 octobre	112 »
Le 12 novembre	113.775
Le 7 décembre	116.840
Le 2 janvier 1892	120.840
Le 21 mars	123.640

Pendant l'évolution de cet empyème l'état général n'a donc pas cessé de s'améliorer progressivement, ce qui prouve la diminution de la septicité du liquide. Actuellement (juillet 1892) l'examen de la malade donne les résultats suivants :

A l'inspection, il ne reste qu'une trace à peine visible sous forme d'une petite cicatrice étoilée de l'abcès froid.

A la percussion la sonorité et l'élasticité sont diminuées dans toute l'étendue précédemment occupée par l'épanchement. Mais

il n'y a nul part de matité vraie. Dans les mêmes points les vibrations vocales sont atténuées, mais ne sont totalement absentes que dans une bande de deux centimètres de hauteur occupant la partie inférieure du thorax.

A l'auscultation, le murmure vésiculaire s'entend partout et la présence de frottements indique que le poumon a recouvré au moins en grande partie sa mobilité. Il n'existe aucune déformation, aucun retrait appréciable de la paroi thoracique. L'état général est en accord parfait avec les signes locaux.

OBSERVATION II (personnelle).

Thoracentèse simple.

Homme, 28 ans. Entré salle Saint-Christophe, Hôtel-Dieu, service de M. le professeur Sée au mois de septembre 1889. Ce malade, tuberculeux avancé, présente une caverne du sommet droit et une lésion du sommet gauche en voie de ramollissement. Après quelque temps de séjour, il dit ne pouvoir se coucher sur le côté gauche et l'examen fait découvrir un épanchement de moyenne abondance occupant la plèvre droite.

Cet épanchement augmente rapidement, sans réaction générale appréciable.

En raison de son abondance on se décide à pratiquer une ponction qui donne deux litres de liquide purulent séreux et mal lié. L'examen bactériologique ne donne que des staphylocoques. Malgré cette ponction l'épanchement se reproduit et augmente avec une grande rapidité. Une seconde ponction pratiquée à la fin d'octobre donne cinq litres de liquide. L'aggravation de l'état général et la progression des lésions dans le poumon gauche empêchent de pratiquer la thoracotomie. Douze jours après cette

seconde ponction, on en fait une troisième qui donne cinq litres de liquide offrant les mêmes caractères que celui de la première ponction. Mort le surlendemain. L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION III

Moutard-Martin. Thèse de Goutierre-Cachera.

Pleurésie multiloculaire; quatre ponctions en arrière, une ponction en avant et en haut; cœur déplacé sans retour; Guérison.

Un jeune homme de 20 ans, envoyé à Menton, comme suspect de tuberculose, y contracte une pleurésie pour laquelle il est vainement traité pendant 3 mois.

La suffocation devenant imminente le malade est ramené à Paris, où je suis appelé à lui donner des soins.

Je trouve le malade assis, étouffant, ayant le côté gauche tellement amplifié qu'il en avait l'épaule soulevée, et, une incurvation de la colonne vertébrale; mais je constate une saillie sous-claviculaire énorme. Matité absolue dans toute la poitrine, silence complet dans tous les points accessibles à l'oreille, absence de vibrations vocales, déplacement du cœur refoulé jusqu'à droite du sternum.

Le diagnostic de l'épanchement était facile, mais la saillie sous-claviculaire et la matité absolue me firent diagnostiquer un cloisonnement antérieur.

La *thoracentèse fut pratiquée en arrière* avec la précaution de ne retirer qu'une petite quantité du liquide épanché.

Je ne retirai donc que 700 grammes environ d'une plèvre qui pouvait contenir de 5 à 6 litres de liquide. Quatre ponctions furent faites dans le même point à la partie postérieure; le thorax s'affaissa d'une manière fort appréciable, quelques vibrations

locales se faisaient sentir et cependant la saillie antérieure persistait avec la même matité absolue et le même silence respiratoire.

Le doute n'était plus permis et une nouvelle *thoracentèse pratiquée en avant* dans le troisième espace intercostal donne issue à 1 litre de liquide séreux. Le malade guérit mais le cœur ne put jamais reprendre sa position normale.

OBSERVATION IV

Blanquinque (Thèse de Gouttierre-Cachera). Pleurésie purulente multiloculaire ; thoracentèse ; empyème ; mort. Autopsie (3 ponctions sans succès au lieu d'élection).

M..., soldat au 29^e d'artillerie, souffre dans le côté droit à la suite d'une chute de cheval, arrive à l'Hôtel-Dieu de Laon, le 21 février 1879, avec le diagnostic de pleurésie droite.

Pas d'antécédents pathologiques.

Dyspnée, sueurs la nuit, état saburral des voies digestives. Temp. suiv. 39°, 6. Peu de toux.

Matité considérable à droite jusqu'à la clavicule, avec suppression des vibrations thoraciques ; dans les parties supérieures souffle doux et voilé.

A gauche, sonorité normale, aucune lésion.

Les jours suivants la situation s'aggrave, orthopnée.

Le 4 mars. — *Ponction* dans le cinquième espace intercostal, en avant de la ligne axillaire, l'instrument est enfoncé à 10 centimètres, sans pouvoir rencontrer en arrière la cavité pleurale ; la *ponction* est recommencée en arrière sans plus de succès ; la main sent que l'extrémité du trocart est prise dans les tissus. Le malade ne crache pas de sang, il est évident que l'on a affaire à une

pleurésie à adhérences multiples et résistantes ; la fièvre du soir et les sueurs font supposer qu'elle est purulente.

Le 6. — *Nouvelle ponction*, dans le sixième espace sans résultat, et cependant j'étais sûr qu'il y avait du liquide dans la plèvre, comme le prouvaient la matité et l'absence de vibrations. Sous la clavicule le souffle était intense.

Le 16. — L'état s'est aggravé, amaigrissement, œdème de la paroi, dilatation de ce côté ; avant de faire l'empyème je tente encore une fois la *thoracentèse* dans le cinquième espace, mais plus en arrière que les fois précédentes et je retire 1180 grammes de liquide purulent sans odeur, injection iodée, le malade est soulagé, la dyspnée a diminué, la sonorité a reparu sous la clavicule.

Le 22. — *Nouvelle ponction*. Au même point, 1250 grammes pus, injection iodée.

Le 4 avril. — Apparition à l'endroit des premières ponctions d'une tumeur fluctuante qui crève et donne issue à du pus sans odeur ; cet écoulement continue les jours suivants par un trajet oblique et fistuleux qui empêche l'accès de l'air dans la cavité.

Le 8 et le 9. — Le malade vomit 2 crachoirs de pus.

Amaigrissement, fièvre hectique 40°. Je propose l'*empyème* que le malade refuse ; il ne s'y soumet que 19 jours après.

Incision au-dessus de la septième côte, un peu en avant de la ligne axillaire ; très léger écoulement de pus, l'air ne pénètre pas non plus dans la poitrine ; le bistouri, enfoncé à 12 centimètres, ne trouve partout que des tissus résistants, mais point de cavité ; enfin l'air pénètre et une très petite quantité de pus s'écoule. On essaie les jours suivants les lavages phéniqués, mais le liquide ne pénètre pas. Pus horriblement fétide.

Mort le 17 mai.

Autopsie. — Plèvre droite épaissie, cavité pleurale divisée par des fausses membranes en plusieurs loges communiquant plus

ou moins entre elles ; ces brides maintiennent le poumon droit en avant ; il n'est éloigné que de 1 ou 2 centimètres de la paroi thoracique ; le pus est surtout accumulé en arrière, l'épanchement est cloisonné, et un foyer interlobaire peu considérable communique avec la cavité antérieure par un trajet probablement déterminé par l'une des ponctions.

Le poumon est farci de tubercules, relié au diaphragme et à la paroi costale antérieure par des brides très résistantes.

Quelques tubercules seulement au sommet du poumon gauche.

OBSERVATION V

Bouchut (*Gazette des hôpitaux*, 1877, n° 55). Thèse de Delotte.

Pleurésie purulente. Migration de l'épanchement vers la région fessière. Ponction aspiratrice par la fesse.

L'enfant qui s'appelle X..., âgée de 14 ans, est entrée le 8 février 1877 pour une pleurésie au dix-neuvième jour. Mais elle est scrofuleuse et porte à la face du côté gauche une fistule osseuse due à la carie de l'os molaire. Cette circonstance fait comprendre le passage de la pleurésie à l'état chronique et sa transformation en pleurésie purulente.

Quoiqu'il en soit, après 19 jours de fièvre légère et de points de côté à gauche, l'enfant arriva avec un épanchement pleurétique s'élevant jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate.

Il était caractérisé par de la matité postérieure à la base, par de l'absence du bruit vésiculaire à la partie déclive et du souffle à la partie moyenne. On entendait à ce point de l'égophonie et de la pectoriloquie aphonique, présomption de la nature séreuse de l'épanchement. Sous la clavicule, il y avait un peu de son tym-

panique et du murmure vésiculaire. Les battements du cœur étaient fort réguliers et sans bruit anormal.

L'épanchement augmenta et s'éleva jusqu'à la crête de l'omoplate ; son niveau parut ensuite s'abaisser un peu, mais la diminution ne parut pas très sensible et l'état parut stationnaire.

Alors, le 4 avril, l'enfant accusa une légère douleur de la hanche gauche qui enflait un peu. En découvrant cette partie, je constatai une tumeur énorme, de 15 centimètres de hauteur sur 10 de largeur. Elle occupait le bord supérieur de l'os iliaque et la partie supérieure de la région fessière. Elle était un peu chaude et douloureuse. La peau était blanche, un peu veinée, sans amincissement, et on y sentait une fluctuation profonde.

Malgré la constitution scrofuleuse de l'enfant et la fistule osseuse du malaire, je ne crus pas à un abcès froid. Sans affirmer la nature de cette collection purulente, je pensai qu'elle pourrait bien avoir quelque rapport avec la collection purulente de la plèvre et voulus en avoir la preuve à l'aide d'une ponction aspiratrice dans le foyer. Cette ponction fut faite avec une aiguille fine et creuse. On retira 90 grammes de pus et l'aiguille étant obstruée sans qu'on puisse la débarrasser, il fallut l'enlever. Cette petite soustraction de pus suffit pour débarrasser un peu la plèvre et pour permettre d'entendre plus clairement le bruit respiratoire.

Deux jours après, la poche s'étant un peu remplie, je fis une nouvelle ponction avec une aiguille un peu plus large. Avant je constatai l'état de la plèvre. Il y avait à la base gauche une matité s'élevant jusqu'à la crête de l'omoplate et dans l'aisselle. Dans le point correspondant, souffle bronchique faible, si ce n'est tout à fait en bas où nul bruit ne se faisait entendre. Vers l'angle inférieur de l'omoplate, on constatait l'existence d'une égophonie assez distincte.

Après la ponction qui fit sortir 210 grammes de pus, je consta-

taï le retour de la résonnance thoracique, l'apparition du murmure vésiculaire jusqu'en bas et la disparition de l'égophonie.

La preuve de la communication lointaine entre le foyer purulent de la région fessière et le foyer purulent de la plèvre était évidente.

Au bout de 48 heures, l'abcès se remplit de nouveau, et dans la plèvre je constatai la réapparition d'une certaine matité, l'affaiblissement du bruit vésiculaire et la reproduction d'un faible souffle bronchique.

Je fis une nouvelle ponction qui ne donna passage qu'à 50 gr. de pus et à une amélioration des phénomènes pleurétiques.

Deux jours après, malgré notre avis, l'enfant voulut sortir de l'hôpital et sa mère l'emmena dans l'état que je viens de raconter.

OBSERVATION VI

Andral (Clinique), Thèse de Delotte.

Un maçon entre à la Charité avec tous les signes de la phthisie au deuxième degré, au mois de mai. En juin, au milieu du redoublement fébrile du soir, il fut pris d'une vive douleur au niveau des dernières fausses côtes gauches ; cette douleur persistait le lendemain matin, la respiration était courte, accélérée, entièrement costale.

Hémoptysie ; la douleur diminue les jours suivants, mais ne cesse pas. Dès le commencement de juillet la douleur ne se faisait plus sentir que dans les mouvements brusques, la toux et les grandes inspirations.

La respiration, beaucoup plus gênée que chez la plupart des

phthisiques, s'exécuta toujours par le seul mouvement des côtes.

Mort à la fin de juillet.

Autopsie. — Lésions tuberculeuses dans les deux poumons. A gauche, la base des poumons adhère solidement au diaphragme, les adhérences détruites, on découvrit un vaste foyer purulent qui existait à la fois dans la poitrine et dans l'abdomen. Là le diaphragme présentait une perforation d'un pouce et demi, à travers laquelle le pus qui, vraisemblablement s'était formé dans la plèvre, avait passé pour pénétrer dans l'abdomen. Le pus semblait avoir repoussé au devant de lui le péritoine : logé entre la rate et les parois de l'abdomen, il était limité de toutes parts par des brides celluluses étroites qui lui formaient une sorte de poche.

OBSERVATION VI

Millard (Thèse de Guinard).

Pleurésie purulente. Opération de l'empyème. Mort.

Alexandre Mazocchi, garçon maçon, âgé de 18 ans, entre le 19 janvier 1883, dans le service de M. Milliard, à Beaujon, salle Saint Louis, n° 29.

Né en Italie où il n'a jamais été malade ; il a perdu quatre frères en bas-âge. Il est à Paris depuis six mois.

Il y a 4 mois il a été atteint de pleurésie droite ; on a retiré par la ponction deux litres environ d'un liquide que le malade compare à de la bière. Depuis ce temps, sa santé ne s'est pas raffermie : il avait une toux fréquente, de nombreuses épistaxis.

Au moment de son entrée, il présente un faciès pâle, fatigué, il a tout l'aspect d'un cachectique. Sa langue est sale, presque fuligineuse.

Il tousse beaucoup.

La température le soir comme le matin est d'environ 38°.

Le foie n'est pas abaissé, la rate est un peu volumineuse.

A l'*auscultation* on trouve en avant des râles de bronchites, plus nombreux à droite.

En arrière, ils sont plus marqués du côté gauche.

A droite en arrière, il y a de la matité dans les 2/3 inférieurs ; la respiration ne s'étend que dans la moitié supérieure, mais on entend quelques râles de bronchite jusqu'en bas. Il n'y a ni souffle, ni égophonie.

Rien de particulier à l'abdomen, pas de diarrhée, pas d'œdème des membres inférieurs.

On porte le diagnostic suivant : *Pleurésie droite ; bronchite ; tuberculose probable.*

23 janvier. — Submatité à droite (Vésicatoire). Râles sibilants et ronflants sous la clavicule. Râles de bronchite du côté gauche.

Le 25. — Epistaxis. T. soir 38°,6 ; matin 38°,2. Œdème des parois abdominales et des cuisses.

A droite, en avant et en arrière, matité toujours très étendue ; égophonie en arrière.

Le 27. — On trouve dans le flanc gauche et la fosse iliaque droite quelques nodosités irrégulières, sans matité à ce niveau.

Le 30. — 40° soir, sans cause apparente.

1^{er} février. — Epistaxis. Mélanges de râles et de frottements à droite, surtout en avant.

Le 5. — La matité est complète en arrière du côté droit ; mais il y a de la sonorité sous la clavicule ; toujours des signes de bronchite généralisée.

Il y a toujours un peu de sang dans les crachats, mais il semble provenir des fosses nasales. Ventre tendu, plaque dure dans l'hypocondre gauche, aucune douleur abdominale.

Le 8. — Percussion comme précédemment, pas de souffle,

mais la respiration s'entend à peine ; on entend quelques râles sonores qui existent aussi en avant et dans tout le côté gauche. Les masses dures de l'abdomen semblent se prolonger de l'hypocondre gauche vers le droit.

Le 13. — Abattement. Skodisme à tonalité élevée, se rapprochant un peu du bruit de pot fêlé, sous la clavicule droite, au niveau du deuxième espace intercostal ; matité au-dessus ; respiration obscure, un peu de voussure.

En arrière, à gauche, râles de bronchite.

À droite, souffle amphorique au niveau du hile du poumon ; pas de bruit respiratoire à la base, matité absolue.

Le 18. — La matité est complète en avant et en arrière (côté droit).

Un peu de bruit skodique dans la fosse sus-épineuse. Toujours le bruit simulant le pot fêlé de la clavicule et le souffle amphorique en arrière.

OEdème de la paroi thoracique à droite (épanchement purulent). Voussure manifeste.

Le 20. — Ponction avec aspiration : 1900 grammes de liquide purulent, couleur café au lait, avec une légère teinte rougeâtre. Toux prolongée pendant l'évacuation, peu d'expectoration.

Le soir, respiration bonne, sonorité relative (tonalité élevée) sous la clavicule.

En arrière, quelques râles éloignés de l'oreille, dans presque toute la hauteur, respiration faible, matité.

Le 27. — Opération. On constate que l'épanchement s'est reproduit. Matité en arrière dans les 2/3 inférieurs, ainsi que sur les côtés. Bruit skodique sous la clavicule ; bruit de succession, sans amphorisme.

On pratique immédiatement la *pleurotomie* par la méthode antiseptique.

Ponction exploratrice préalable avec l'aspirateur Potain.

Incision du sixième espace intercostal, en arrière de la ligne axillaire. On arrive d'abord jusqu'à la sixième côte, qui est ensuite contournée par en haut.

La plaie mesure 8 centimètres à la peau et va en se rétrécissant jusqu'à la plèvre ponctionnée, puis incisée avec le bistouri boutonné (Pulvérisation phéniquée au spray).

Il sort, sans compter ce qui coule dans les alèzes, 2.200 grammes de liquide semblable à celui de la précédente ponction : pus mal lié, grisâtre, avec quelques flocons fibrineux.

Lavage avec environ 4 litres de solution tiède de chlorure de zinc à 3 pour 0/0.

Ligature de quelques petits vaisseaux cutanés avec le catgut.

Introduction dans la cavité pleurale de deux drains de caoutchouc rouge de 8 millimètres, retenue par deux épingles à maillet garnies de ouate phéniquée.

Pansement de Lister abondamment garni de ouate phéniquée ; le malade est maintenu couché sur son côté droit afin de favoriser l'écoulement des liquides.

Le soir même, six heures après l'opération, le malade à 39°, mais il est assez gai et mange un potage.

Le 28. — (Deuxième pansement). La nuit a été bonne, peu de toux, sommeil satisfaisant ; l'appétit augmente.

Ce matin, 37° ; pouls 112 ; pas de diarrhée.

Sonorité exagérée de tout le côté droit.

Le pansement n'a pas été traversé par les liquides venus de la plèvre.

On renouvelle le pansement sans faire de nouveau lavage.

1^{er} mars. — Peu de fièvre, moins de toux. Pas de pansement.

Le 2. — (Troisième pansement). La partie inférieure du pansement commence à être traversée par les liquides.

La température a remonté hier (39°,6 le soir) ; pouls 140.

Le pansement défait, on s'aperçoit que les tubes sont sortis de la plaie ; de crainte qu'il n'ait séjourné du pus dans la cavité pleurale, on pratique un lavage avec deux litres de solution de chlorure de zinc à 3 pour 100. Le liquide sort presque limpide de la plèvre.

Les lèvres de la plaie sont d'un gris noirâtre ; imbibées d'une sorte de sécrétion séro-purulente ; autour de la plaie, et s'étendant assez loin à sa partie inférieure, on constate de l'œdème de la paroi thoracique.

Les tubes sont remis en place, maintenus par un ruban qui fait le tour du thorax.

Pansement de Lister garni de ouate salicylée.

Le soir même, la fièvre est tombée : température 38°,4 ; pouls 120 ; l'appétit revient et la nuit est calme.

Le 3. — L'amélioration persiste ; à l'auscultation, on trouve toujours du côté gauche des râles sibilants disséminés.

A droite, il semble qu'on entende quelques frottements, puis du tintement métallique, et dans les grandes inspirations du souffle amphorique (air pénétrant par la plaie), plus prononcé encore quand le malade tousse. Il y a toujours un peu d'œdème des membres inférieurs (pieds et face interne des cuisses, de la paroi abdominale, où la plaque dure constatée sous l'hypocondre gauche se sent toujours) ; pas d'ascite.

Le 4. — (Quatrième pansement). Peu de liquide écoulé ; le pansement n'a pas été transpercé. Les drains sont à moitié sortis.

Les lèvres de la plaie sont recouvertes d'une couche pulpeuse grise, infiltrée de pus, comme si toute cette surface avait été escharifiée par le contact du chlorure de zinc ; aucune odeur.

Pas de lavage de la plèvre, les tubes sont maintenus par des épingles à maillot fixées par de la ouate salicylée, collée à la peau par du collodion. Pansement de Lister.

Le soir. — Température 38° ; pouls 144 ; bon appétit ; auscultation comme la veille.

Le 5. — (Cinquième pansement). Liquide plus abondant que les jours précédents ; même aspect grisâtre de la plaie qui semble agrandie.

Le 7. — La suppuration étant établie malgré les précautions prises, on revient à la pratique des lavages, avec une solution tiède des lavages ainsi formulée : eau, 4 litres ; alcool, 0,20 centilitres ; teinture d'iode, environ 60 grammes ; lavage matin et soir ; pansement phéniqué simple, garni de ouate salicylée.

Le 8. — La température continue à monter, on fait 3 lavages dans les vingt-quatre heures.

La plaie, manifestement plus large qu'au début, est encore un peu grisâtre, non bourgeonnante ; la côte inférieure est dénudée sur une vaste étendue. L'orifice pleural de la plaie est maintenant aussi large que l'espace intercostal lui-même.

L'appétit reste assez bon. L'œdème des membres inférieurs du pénis et des bourses augmente. Toux fréquente.

Le 9. — Trois lavages ; rien de nouveau, aspect cachectique.

Le 10. — Trois lavages. Le liquide sort peu sali, ramenant quelquefois des grumeaux caséux. Les deux côtes qui limitent la plaie sont dénudées sur presque toute leur hauteur et sur une longueur de 5 à 6 centimètres.

Le 11. — Lavages à 8 heures du matin, 1 heure et 5 h. 1/2 du soir.

Le malade s'est mis sur un fauteuil, la seconde fois qu'il s'est levé pour faire ses besoins, vers 4 heures du soir, il s'est produit par la plaie une hémorrhagie assez abondante pour couler à travers le pansement épais complètement imbibé de sang. L'hémorrhagie s'est arrêtée d'elle-même dès qu'on a fait recoucher le malade.

Le pansement est levé à 5 h. 1/2, il n'y a plus aucun écoule-

ment de sang, quelques caillots restés au bord de la plaie se continuent dans la cavité pleurale et semblent indiquer que l'hémorragie venait de la cavité même, d'où le lavage fait sortir une masse grosse comme un œuf formée par du sang coagulé et des pelotons de fausses membranes anciennes.

Les tubes ne sont pas réintroduits, on fait un pansement phéniqué, avec légère compression par ouate salicylée sur les bords de la plaie. La température est à 36°, le pouls à 132.

L'hémorragie ne se reproduit pas, mais le malade s'affaiblit de plus en plus et succombe le 12 mars.

Autopsie le 13 mars, 24 heures après la mort.

Thorax. — Il s'écoule environ deux verres de liquide séreux, à l'ouverture de la cavité pleurale gauche.

Le poumon du même côté est un peu congestionné, il contient des granulations grises, tuberculeuses, assez discrètes, plus nombreuses dans le lobe supérieur ; pas de tubercules ramollis ni de caverne.

Du côté droit, celui sur lequel on a fait l'opération de l'empyème, la plèvre est uniformément épaissie et recouverte d'un exsudat tomenteux grisâtre, très adhérent.

Il n'y a ni sang ni pus dans la cavité pleurale.

Des lambeaux détachés de la plèvre pariétale et de la plèvre médiastine accolés au péricarde présentent environ un centimètre d'épaisseur et en plusieurs points on voit de petites masses tuberculeuses, les unes encore fermes, les autres en voie de ramollissement.

L'orifice interne de la plaie opératoire occupe toute la hauteur de l'espace intercostal, soit 2 centimètres, il n'y a guère que 3 centimètres de longueur.

Le poumon réduit au quart de son volume et accolé au médiastin, est aussi recouvert par une coque pleurale de plusieurs millimètres d'épaisseur.

Son tissu est dense, carnifié ; on y trouve quelques granulations tuberculeuses, moins nombreuses que du côté opposé.

La dissection des bords de la plaie ne montre aucune branche artérielle ulcérée, ayant pu donner lieu à l'hémorrhagie qui s'est produite la veille de la mort.

Le cœur ne présente rien de particulier à noter.

Cavité abdominale. — Toutes les anses intestinales sont réunies entre elles et à la paroi, par des fausses membranes, épaisses, gélatiniformes, blanchâtres.

Au-dessous de l'estomac, l'épiploon adhère à la paroi abdominale à laquelle il est réuni par une plaque caséuse, de 1 centimètre d'épaisseur, large comme la paume de la main.

Si on cherche à séparer les anses intestinales agglomérées, on ne tarde pas à obtenir des déchirures des tuniques de l'intestin.

Le foie n'est pas très volumineux, il offre une dégénérescence graisseuse avancée. Il adhère fortement au diaphragme qui adhère lui-même à ce niveau, à la paroi thoracique par accolement des deux feuillets pleuraux costal et diaphragmatique, si bien que si au lieu d'inciser le sixième espace, on avait incisé le huitième, ainsi que cela s'est fait quelquefois, on n'aurait pas trouvé la cavité pleurale, mais on serait tombé directement sur le foie à travers le diaphragme.

OBSERVATION VII

Thèse de Guinard.

Pleurésie purulente. Thoracentèse. Purulence de l'épanchement.

Application du siphon de Potain. Mort.

Zuyrrers (Albert), âgé de 39 ans, entre le 20 février à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Charles, n. 30, dans le service de M. Proust.

La malade a des antécédents tuberculeux des plus nets. Son père est mort phthisique à l'âge de 50 ans ; deux de ses frères sont morts « de la poitrine » à l'âge de 20 ans. Il a actuellement une sœur que son médecin a envoyée à Alger pour y passer l'hiver. Quant à lui, il a eu des revers de fortune qui l'ont conduit à une profonde misère.

Il a souffert tout l'hiver du froid et même de la faim. Il est d'ailleurs très nettement alcoolique (pituites le matin, rêves caractéristiques la nuit, tremblement des doigts, etc.). Il a toussé tout l'hiver, dit-il, et n'a rien fait pour se soigner.

A son entrée à l'hôpital on constate l'existence d'un épanchement pleurétique considérable du côté droit. Le poumon droit est absolument refoulé dans la gouttière vertébrale, car on trouve de ce côté une voussure considérable, une absence complète des vibrations thoraciques, une matité étendue du haut en bas, aussi bien en avant qu'en arrière, une absence totale du murmure respiratoire. Pas de souffle, pas d'égophonie. Le sommet du poumon gauche présente tous les signes d'une induration tuberculeuse au début.

L'état général est très mauvais. Le malade est très amaigri : il a des sueurs abondantes la nuit ; pas d'appétit, diarrhée continue.

La température oscille entre 39 et 40°. Le pouls est à 100 et il respire 40 fois par minute.

Le 20. — Thoracentèse. Issue de 2 litres 1/2 de liquide louche et presque purulent.

Les 21, 22, 23 et 24. — La ponction n'a pas modifié l'état général du malade. La dyspnée est toujours aussi intense. Le poumon n'est pas perméable et le murmure respiratoire ne s'entend pas.

Le 28. — Nouvelle ponction qui donne issue à 3 litres 1/4 de liquide manifestement purulent.

Le 5 mars. — Troisième ponction : issue de 2 litres 1/2 de

pus. Le malade maigrit de plus en plus et se cachectise tout à fait. La face est terreuse, l'aspect misérable. Il ne mange pas, sa langue est sèche et noire, sa diarrhée continuelle : les jambes sont enflées.

Le 1^{er} avril — Application du siphon de Potain. La sonde employée est un n° 17 en caoutchouc rouge.

On évite avec grand soin l'introduction de l'air dans la cavité pleurale. On fait deux fois par jour des lavages avec de l'eau saturée de sel marin et légèrement phéniquée.

Le 4. — Le pus qui sort avec le liquide du lavage a une odeur infecte. On remplace la sonde par un n° 21 pour faciliter l'évacuation des grumeaux.

Le 17. — Mort à midi par épuisement progressif.

L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION VIII

Thèse de Guinard.

Pleurésie avec épanchement séreux. Thoracentèse. Purulence de l'épanchement. Siphon de Potain. Mort par tuberculose.

Jouan (Albert), employé de commerce, âgé de 22 ans, entre le 8 mars 1882 à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Charles, n° 26, dans le service de M. Proust.

Ce malade a des antécédents héréditaires manifestement tuberculeux. Sa mère est morte phthisique il y a dix ans. Un de ses frères est mort à l'âge de 22 ans, après des hémoptysies répétées. Enfin, il a une sœur qui était il y a un mois dans notre salle Sainte-Marie, avec une bronchite plus que suspecte du sommet gauche.

Quant à lui, il se porte habituellement assez bien. Il y a un

mois environ, il a été pris d'un frisson assez violent qui a duré une demi-heure. Rentré chez lui, il a eu un point de côté du côté droit et s'est mis à tousser.

Depuis cette époque il n'est pas resté complètement alité. Il a toujours continué à faire son travail dans son bureau. Cependant depuis deux jours, les quintes de toux sont devenues plus violentes, surtout la nuit, et la gêne de la respiration va toujours en augmentant.

C'est ce qui décide le malade à entrer à l'hôpital où nous constatons les symptômes suivants :

Etat général satisfaisant, cependant l'appétit disparaît peu à peu et le malade se sent faible et oppressé.

Comme état local, on trouve une voussure considérable du côté droit de la poitrine et la palpitation, la percussion, l'auscultation, dénotent la présence d'un épanchement pleurétique énorme de ce côté.

Après un délai de six jours, la dyspnée ne fait qu'augmenter et la thoracentèse est urgente.

13 mars. — Thoracentèse. Issue de 2 litres et demi de sérosité claire et citrine. Pas d'incident.

Le 15. — Le liquide se reproduit rapidement. La température est très élevée. Elle dépasse 40°. Les jours suivants, on applique une série de vésicatoires sur le côté droit de la poitrine et on donne au malade 1 gramme de sulfate de quinine. Chaque jour le malade a un frisson qui dure de un quart d'heure à une demi-heure.

L'état général est mauvais. Le malade ne mange plus, ne dort plus ; sa face prend une teinte terreuse et sa température reste très élevée le soir.

Cependant aucun signe physique local ne peut faire penser à la purulence de l'épanchement que tous les signes généraux indiquent formellement (Pas d'œdème de la paroi thoracique ! etc.).

Le 18. — On trouve des quantités considérables d'albumine

dans les urines. Elles n'en contenaient pas trace lors de l'entrée du malade à l'hôpital.

9 mai. — Thoracentèse qui donne issue à 1 litre 1/2 de pus dépourvu d'odeur.

Le 14. — Application du siphon de Potain avec toutes les cautions possibles ; on met dans la cavité pleurale une solde en caoutchouc rouge n° 16. Une demi-heure après l'application du siphon, le malade est pris d'un grand frisson.

On est arrivé progressivement à mettre des sondes de plus en plus grosses.

29 avril. — On met une sonde n° 27, qui entre dans la cavité pleurale d'une longueur de 17 centimètres.

Les injections avec l'acide phénique au 60° ayant amené une coloration brune des urines, assez marquée, on a substitué l'acide thymique à l'acide phénique. Malgré toutes les précautions prises, le pus exhalait dès le 25 mars une odeur fétide.

7 mai. — Le pus semble plus épais, et la cavité pleurale se vide mal. On fait alors des lavages répétés avec de l'eau saturée de sel marin. A dater de ce moment, le pus qui est toujours aussi fétide sort facilement par la sonde. La cavité se rétrécit peu à peu et chasse le tube.

12 juin. — La sonde est au n° 17, elle n'entre plus que de 10 centimètres, et il sort à peine une cuillerée à bouche de pus chaque jour.

Malgré cette marche favorable de l'affection locale, l'état général ne cesse pas d'être détestable.

Le malade est tourmenté par une diarrhée incessante que rien ne peut enrayer. De plus, il tousse beaucoup surtout la nuit et l'examen du poumon gauche montre une induration de tout le lobe supérieur avec de petits foyers de ramollissement.

Le 25. — Le malade succombe à des accidents de dyspnée intenses, dans une cachexie profonde.

Autopsie. — On ouvre le thorax du côté droit en suivant le trajet occupé par le tube. Ce trajet aboutit à une petite cavité de la capacité d'un œuf de poule environ, située entre le diaphragme et le lobe inférieur du poumon droit. Des adhérences solides forment les parois de ce trajet mais le poumon est complètement englobé dans des fausses membranes épaissies et comme fibreuses. Il n'est pas perméable à l'air et va au fond de l'eau du sommet à la base.

On peut donc considérer l'affection locale comme guérie. Mais le poumon gauche est farci de tubercules. Le sommet présente de petites cavernes, tandis qu'on trouve dans le lobe inférieur des traînées nombreuses de granulations presque transparentes. Les intestins contiennent des ulcérations nombreuses, circulaires et profondes.

Rien dans les méninges.

Cœur large et mou. Dilatation manifeste des cavités droites.

OBSERVATION IX

H..., 29 ans, salle Saint-Christophe, service du professeur Sée (Hôtel-Dieu).

Pleurésie purulente datant de deux mois au moins, siégeant à droite. OEdème considérable de la paroi. Empyème : incision au cinquième espace intercostal, un peu en arrière (empyème de nécessité) trois litres au moins de pus fétide. Lavage phéniqué.

Malgré les lavages, la sécrétion purulente ne se ralentit pas ; en outre, chaque lavage est suivi d'une ascension notable de la température. On suspend les lavages. La sécrétion purulente diminue ; mort au troisième mois de cachexie. A l'autopsie, tubercules des deux poumons, plus marqués à droite. Foie gros. Reins amyloïdes.

OBSERVATION X

(Thèse de Sainton).

Soulier Alfred, 32 ans, emballleur, entré le 15 décembre 1880, à la Charité, dans le service du professeur Hardy.

Cet homme est malade depuis trois ans, c'est-à-dire depuis la fin de 1877. A cette époque il aurait eu, dit-il, un pneumothorax à la suite d'un effort, et fut soigné à l'hôpital Saint-Antoine. Il ne subit pas alors de thoracentèse.

En février 1879, il entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Empès. Là, on ne trouva pas de pneumothorax, et une ponction amena l'issue de deux litres et demi de pus. Le malade assure qu'on avait arrêté l'écoulement avant l'évacuation complète du liquide contenu dans la cavité pleurale, et déclare s'être trouvé soulagé à la suite. Il sortit le 1^{er} mars 1880.

Cependant il ne put jamais reprendre son travail, la respiration, facile au repos, devenait très pénible au moindre effort.

Mais l'état général était bon, pas de fièvre, pas de sueurs.

A son entrée à la Charité, il ne se plaint que des étouffements qui l'empêchent de marcher ou de travailler, et de l'impossibilité de se coucher sur le côté gauche. Il est un peu maigre et pâle, mais l'appétit est bon et la digestion facile.

L'examen de la poitrine montre l'existence d'un épanchement liquide dans la plèvre du côté droit, s'élevant jusqu'à la partie moyenne de la face sous-épineuse. Le foie paraît un peu abaissé. Aucun signe de tuberculose aux sommets.

Il porte en outre, deux abcès froids ; l'un au-dessus de l'extrémité externe du pli de l'aîne, du côté droit, qui s'est ouvert spontanément et est resté fistuleux ; un autre, à la partie supérieure et antérieure de la cuisse droite, qui a été ponctionné le 19 février

dernier. A la partie interne de la cuisse droite se voit la cicatrice d'un autre abcès qui, comme les précédents, s'est montré il y a 4 mois environ. Aucune apparence d'altération de la colonne vertébrale, le malade est encore tenu en observation, et n'a pas été ponctionné de nouveau.

OBSERVATION XI (Résumée).

Guéneau de Mussy. *Clin. Med.* T. I, p. 661.

H..., 23 ans. Pas d'hérédité. Hémoptysie 3 ans avant l'entrée. Depuis toux et amaigrissement, deuxième hémoptysie un an après. Signes de pleurésie gauche, déplacement du cœur derrière le mamelon droit.

Première ponction avec le trocart de Reybard, 2 litres et demi de liquide opaque et fluide, contenant d'abondantes granulations graisseuses. Issue spontanée d'un litre après la ponction.

Deuxième ponction 9 jours après, 1600 grammes de liquide, troisième ponction 9 jours après, 1500 gr.

Quelques mois après, le malade complètement remis part pour la Nouvelle-Grenade en qualité de contre-maître d'usine.

Revenu à Paris pendant le siège et ayant fait son service aux remparts, signes de tuberculose. Puis récurrence de l'épanchement, traité alors par M. Fernet; en observation au moment où G. de Mussy a publié ses cliniques.

En somme, chez ce malade, l'empyème paraît avoir mis *trois ans* à évoluer, avec une rémission d'un an.

CONCLUSIONS

I. — L'unité de cause, la présence du bacille tuberculeux, n'implique pas un traitement unique.

II. — La mode d'intervention doit être choisi d'après les indications bactériologiques et cliniques.

III. — Les grandes opérations, thoracotomie, opération d'Estlander, doivent être réservées pour les cas qui se rapprochent de la pleurésie purulente aiguë (infection par le streptocoque) et peuvent trouver leur application dans les abcès froids localisés de la plèvre.

IV. — L'existence de grandes lésions pulmonaires, ou hépatiques, constitue une contre-indication formelle.

V. — L'intervention la meilleure nous paraît être la ponction suivie de l'injection dans la cavité d'un antiseptique *insoluble*. Cette ponction peut être répétée fréquemment, et aidée, bien entendu, par un traitement général bien dirigé.

VI. — Parmi les antiseptiques injectables, le naphтол camphré nous paraît mériter la préférence.

VII. — Une vomique n'empêche pas l'intervention, pas plus qu'une évacuation de pus par une autre voie que les bronches. En pareil cas, l'intervention varie avec l'état général du sujet.

Vu par le Président de la thèse,
DIEULAFOY

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉS GÉNÉRAUX

- Hérard et Cornil.** — Traité de la phthisie pulmonaire.
Dieulafoy. — Traite de l'aspiration des liquides morbides.
Bouveret. — Traité de l'empyème.
Debove et Courtois-Suffit. — Traitement des pleurésies puru-
lentes.

OUVRAGES DIVERS

- Société médicale des hôpitaux. Comptes-rendus fournis.
Société de chirurgie. — — —
Académie de médecine. — — —
Congrès de Vienne, 1889.
Damaschino. — De la pleurésie purulente (Thèse de Concours).
Guinard. — Du meilleur traitement de la pleurésie purulente.
Th. Paris, 1883.
Gouttierre Cachera. — Des pleurésies cloisonnées. Th. Paris,
1881.
Sainton. — Etude sur une variété latente et bénigne d'empyème.
Th. Paris, 1881.
Thiéry. — De la tuberculose chirurgicale. Th. Paris, 1890.
Prat 9

Delotte. — Migration lombaire de l'empyème. Th. de Paris, 1884.

(Nous nous bornons à indiquer les principales publications ; la littérature médicale est très riche en observations, mais la plupart des faits ont été collectés par M. Bouveret et les plus récents par MM. Debove et Courtois-Suffit).

